

(宛先) 京都市長

年 月 日記入

高齢者インフルエンザ予防接種 自己負担区分証明申請書 郵送申請用

接種希望者 (接種を受ける方)	氏名	フリガナ ※必ず記入		
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日 (満 歳)	
	住所	〒	—	京都市 () 区
	(証明書) 送付先 <small>※住所地以外へ送付する場合のみ記入</small>	〒	—	宛名
	電話番号			
	申請区分	<input type="checkbox"/> 生活保護等受給 <input type="checkbox"/> 市民税非課税 ※分からない場合、記入不要 <input type="checkbox"/> 総所得金額が125万円以下		

* 接種希望者又は同居の御家族が申請される場合は、以下記入不要

代理人が申請される場合の委任状	接種希望者 (委任者)	氏名		
	高齢者インフルエンザ予防接種自己負担区分証明書の申請及び受領に関する一切の権限を以下の者に委任します。			
	代理人	氏名	フリガナ	
		住所		
電話番号				

高齢者インフルエンザ予防接種料金の自己負担区分証明について申請します。

なお、この事務処理に当たって、京都市が接種希望者の市民税及び所得状況を確認することに同意します。

【注】 1月2日以降に京都市に転入された方、又は京都市民以外で「予防接種実施依頼書」に基づく接種を希望される方は、当該市町村が発行する課税証明書又は所得証明書等を必ず添えて申請してください。

----- 以下京都市処理欄 (何も記入しないでください) -----

所得状況 (申請区分)	<input type="checkbox"/> 総所得金額が100万円超125万円以下 <input type="checkbox"/> 市民税非課税者	<input type="checkbox"/> 総所得金額が100万円以下 <input type="checkbox"/> 生活保護等受給者
接種料金	京都市処理年月日	